

United States Bankruptcy Court  
In the District of Puerto Rico  
Debtors matter of Peter Robinson Lopez

Puerto Rico Farm Credit As a  
Nonentity

Case No

Peter F. Robinson Lopez 94-04037  
~~BFT~~

Respondents

10 MAR 25 PM 1:07  
U.S. BANKRUPTCY COURT  
FOR THE DISTRICT OF  
PUERTO RICO

Motion

I wanna Mr Lopez Vda Robinson  
mother of the deceased son  
I just money belong to me  
I been needing it badly  
I hope to get back to  
\$116.00 I hope  
to God will help me  
since this true and make  
but the ~~true~~ truth.

RECEIVED AND FILED

R

Sección Postal

997-760-2764 Tel.

Maria M. Lopez  
Vda de Rodon

Calle Vergara 572  
Ingrah alto PR 00 976  
2718

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**  
**(COMMONWEALTH OF PUERTO RICO)**

**DEPARTAMENTO DE SALUD  
(DEPARTMENT OF HEALTH)**

**REGISTRO DEMOGRAFICO  
(DEMOGRAPHIC REGISTRY)**

**CERTIFICACION DE DEFUNCION  
(CERTIFICATION OF DEATH)**

ANVENTE

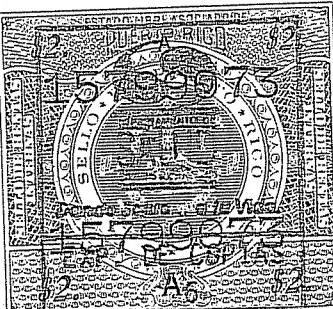
NUMERO DE AREA: (Area Number)	ANO (Year)	NUMERO DE REGISTRO (Register Number)	NUMERO DE CERTIFICADO (Certificate Number)	3918-98	NUMERO DE DEFUNCION Death Number		
152	1993	0272	3623		22838		
1. Lugar de Defuncion (Place of death): a. Municipio RIO Piedras				b. Barrio	1. c. Lugar (Corre solo una) Hospital <input type="checkbox"/> Muerto al llegar (DOA) <input type="checkbox"/> Ambulatorio (o Emerg.) (Outpatient/ER) <input type="checkbox"/> Hospitalizado (Inpatient) Otras: <input type="checkbox"/> Casa de Salud <input type="checkbox"/> Asilo <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Otro	2. Residencia Habitual del Fallecido (¿Dónde vivía? Si en una institución: Residencia antes de ingresar en la misma): a. Municipio Trujillo Alto, P.R.	
d. Si en Hospital u Otro Sitio (Hospital or Other Institution): Especifique: donde: Nombre: del Hospital, Institución, etc.: Si no fue en Hospital, informe dirección exacta Carr. # 1703 Interior auto				e. Tiempo de Estadia (en ese municipio): Se Ignora	f. Tiempo de Estadia (en Hospital o Institución):	g. Barrio Roundabout Sito	
				e. Tiempo de Estadia (en ese municipio): Se Ignora	f. Tiempo de Estadia (en Hospital o Institución):	e. Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	
3. Nombre y apellido del fallecido (Deceased's Name): PETER FREDERICK ROBINSON LOPEZ				4. Hora y Fecha de la Defunción Death-Time, Date:	Hora A.M. Oct 23 1998	4. Ultimo grado escolar completo: Elemental <input type="checkbox"/> Intermedia o Secundaria (0-12) <input type="checkbox"/> Colegio Universitario (13-16) <input type="checkbox"/> 2	
5. Sexo: Varon		6. a. Estado Civil (Marital Status): Nunca se casó <input type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/> Iglesia	6. b. Nombre del Cónyuge: Nuber Malendez	7. Fecha de Nacimiento	8. Edad (en años): Meses Días Años Oct 23 1953 45	12. Ciudadano de: B.U.A.	
10. a. Ocupación Habitual (trabajo realizado durante la mayor parte de vida). No use el término "retirado". Soldado (100) Ejercito				10. b. Clase de Industria o Negocio: Ejercito	10. c. Fecha en que trabajó por última vez: 1981	11. Natural de: Municipio Árecibo	
				10. d. Años que trabajó en esta ocupación: 15 AÑOS	Estado o País: P.R.	13. Tiempo de Residencia en Puerto Rico: 45 ANOS	
14. Nombre y apellido del Padre (Father's Name): Valdez de Roy Robinson				15. Nombre y apellido de soltera de Madre (Mother's Maidenname): Maria Lopez Lopez	14. e. Relación con el Fallecido: Madre		
14. f. Natural de: Municipio Kansas				15. a. Natural de: Municipio	15. b. Relación con el Fallecido: P.R.		
16. ¿Perteneció el Fallecido alguna vez a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Guerra/Frente <input type="checkbox"/> Seignior <input type="checkbox"/>				17. Número de Seguro Social	18. Informante: a. Nombre: Maria Lopez Lopez b. Firma: Soneria W. P. Robles	18. d. Dirección Exacta del Informante: Calle Orquidia 572 - Round Hills,	16. e. Relación con el Fallecido: Madre
18. AL QUE DECLARO LA MUERTE: Completar el 19 a continuación si el médico que declaró la muerte no es el informante del informe de la causa de muerte.				19. a. Al mejor entender la muerte ocurrió en la hora, fecha y lugar arriba indicado. Firma: _____ Título: _____	19. b. Número de teléfono: _____	19. c. Precio de la Firma: _____ Mes: _____ Dia: _____ Año: _____	
19. a. CAUSA DE MUERTE: Indique en orden las condiciones que causaron la muerte. (a), (b), (c), (d), (e), (f), (g), (h), (i), (j), (k), (l), (m), (n), (o), (p), (q), (r), (s), (t), (u), (v), (w), (x), (y), (z). Indique en orden las condiciones que causaron la muerte. (a), (b), (c), (d), (e), (f), (g), (h), (i), (j), (k), (l), (m), (n), (o), (p), (q), (r), (s), (t), (u), (v), (w), (x), (y), (z). Indique en orden las condiciones que causaron la muerte. (a), (b), (c), (d), (e), (f), (g), (h), (i), (j), (k), (l), (m), (n), (o), (p), (q), (r), (s), (t), (u), (v), (w), (x), (y), (z).				LACERACION Y PERRORACION DE ORGANOS		21. Envío al fallecido en su casa o domicilio: _____ Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
20. Otras condiciones de importancia que contribuyeron a la muerte pero que no estaban relacionadas con la enfermedad que causó la muerte.				23. ¿Se practicó Autopsia?: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	24. Institución donde se hizo la autopsia: IC.F	25. ¿Se refirió al fiscal?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
26. a. Fecha de la operación, si la hubo:		26. b. Hallazgos más importantes de la operación	27. a. Tipo de muerte: <input type="checkbox"/> natural <input type="checkbox"/> accidente <input type="checkbox"/> suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> pendiente de investigación <input type="checkbox"/> no pudo determinarse	27. e. Ocurrió mientras trabajaba?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	27. b. Lugar donde ocurrió la lesión (hogar, oficina, tienda, calle, etc.): interior auto	27. f. ¿Cómo ocurrió la lesión?: Fue herido con un arma de fuego	
27. a. CERTIFICO que murió el fallecido desde _____ hasta _____ y que la muerte ocurrió a consecuencia de las causas y en la fecha y hora arriba indicada.		28. b. NO asistí al fallecido y esta Certificación se hace a base de información suministrada por el fallecido. Autopsia en su carácter de Patólogo - Forense	29. b. Número de Licencia del Médico que Certifica: 7698	29. c. Dirección Exacta del Médico que Certifica: IC.F	29. d. Fecha de la Firma: UCF		
29. a. Médico que Certifica: Francisco Cortes MD que Certifica		30. a. Entierro: <input type="checkbox"/> Otros (expediente): _____	30. b. Fecha: Oct. Mes 23 Dia 1998	30. c. Nombre del cementerio o crematorio: Celestium crematory	30. d. Dirección: Carolina , P.R.		
30. a. Entierro: <input type="checkbox"/> Otros (expediente): _____		30. b. Fecha: Oct. Mes 23 Dia 1998	30. c. Nombre del cementerio o crematorio: Celestium crematory	30. d. Dirección: Carolina , P.R.			
31. Será computado por AGENTE FUNERARIO O ENCARGADO DEL ENTIERRO: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		32. a. ¿Fue embalsamado?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	33. Color o Raza del fallecido: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Otro	34. Fecha del Registro: _____			
d. Nombre/dirección del Agente funerario: Rio Piedras , P.R.		b. Nombre del embalsamador: _____	c. Número de licencia: _____	d. Firma: Wanda J. Valente			

ESTE ES UN ABSTRACTO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION OFICIALMENTE INSCRITO EN EL REGISTRO DEMOGRAFICO DE PUERTO RICO BAJO LA AUTORIDAD CONFERIDA POR LA LEY 24 DEL 22 DE ABRIL DE 1931

THIS IS AN ABSTRACT OF THE RECORD  
FILED IN THE DEMOGRAPHIC REGISTRY OF  
PUERTO RICO ISSUED UNDER THE  
AUTHORITY OF LAW 24, APRIL 22, 1931

**DIRECTOR REGISTRO DEMOGRÁFICO  
(STATE REGISTRAR)**

**DEPARTAMENTO DE  
SALUD  
GOBIERNO DE PUERTO RICO**



**DIRECTOR REGISTRO DEMOGRAFICO  
(STATE REGISTRAR)**

Dando Sal... a tu Vida.  
ADVERTENCIA: Consulte su médico antes de tomar este medicamento.

**ADVERTENCIA:** Cualquier alteración o rotura cancela esta certificación.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
TRIBUNAL SUPREMO  
OFICINA DE LA DIRECTORA DE INSPECCION DE NOTARIAS  
SAN JUAN, PUERTO RICO

**REGISTRO DE TESTAMENTOS**

## CERTIFICACION NEGATIVA

Yo, LCDA. CARMEN H. CARLOS, Directora de Inspección de Notarías del Tribunal Supremo De Puerto Rico, a tenor con las disposiciones del Artículo 74 de la Ley Notarial numero 75 de 2 de julio de 1987, (4IPRA 2124).

CERTIFICO: Que del Registro de Testamentos que se lleva en esta oficina  
no aparece que: PETER FREDERICK ROBINSON LOPEZ.....

de quien se suministra informacion en la solicitud que da origen a este certificado, haya otorgado testamento alguno.

En testimonio de lo cual y a peticion DE LA SRA. MARIA M. LOPEZ LOPEZ.

expido la presente

## DERECHOS CANCELADOS

San Juan, Puerto Rico  
A:10 de mayo de 2005

Directora de Inspección de Notarías  
Tribunal Supremo de Puerto Rico

Num. 2005-015625

Pore

Official Authorization